

# Réadaptation respiratoire : la reconnaissance d'une pratique à domicile est indispensable

Selon sa définition, la Réadaptation Respiratoire (RR) est une « *intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement, visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé* ». <sup>1</sup> Le Collège national professionnel de pneumologie (CNPP) entend agir pour sa diffusion. *Info Respiration* a demandé à Jean-Marie Grosbois et ses collègues pourquoi et comment on pouvait espérer voir sa pratique étendue au domicile des patients.

Jean-Marie Grosbois<sup>1</sup>, Jésus Gonzales<sup>2</sup>, Sandrine Stelianides<sup>3</sup>, Frédéric Costes<sup>4</sup>, Dominique Valeyre<sup>5</sup>, Christophe Leroyer<sup>5</sup>

1. FormAction Santé, F-59840 Pérenchies. Membre du bureau Alvéole, groupe de travail Exercice et Réadaptation, SPLF.
2. Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, 75651 Paris.
3. Institut de réadaptation d'Achères, SSR pneumologie, 78260, Achères et membre du bureau Alvéole Groupe de travail Exercice et Réadaptation, SPLF.
4. Service de médecine du sport et des explorations fonctionnelles, 63003 Clermont-Ferrand. Coordinateur du groupe Alvéole, groupe de travail Exercice et Réadaptation, SPLF.
5. Fédération française de pneumologie — Conseil national professionnel de pneumologie. La Maison du Poumon, 66 boulevard Saint-Michel, 75006, Paris.

*Liens d'intérêt : Jean-Marie Grosbois<sup>1</sup> a reçu un soutien financier de la part des sociétés Adair, Aeris Santé, Bastide, France Oxygène, Homeperf, LVL, Medopale, NorOx, Santélyls, SOS Oxygène, Sysmed, VitalAire, et l'ARS Hauts-de-France pour le développement de la Réadaptation Respiratoire à Domicile par FormAction Santé.*

*Les autres auteurs n'ont pas de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

## Quels sont les indications et résultats de la RR dans le parcours de soins du patient ?

> Essentiellement étudiée dans la BPCO, cette prise en charge est efficace dans les autres maladies respiratoires chroniques, quel que soit le lieu de réalisation (hospitalisation complète ou à temps partiel, domicile), si l'ensemble des activités est proposé, réentraînement à l'effort et reprise des activités physiques adaptées, ETP et accompagnement psycho social et motivationnel, par une équipe transdisciplinaire spécialisée.

Essentiellement prescrite en cas de dyspnée invalidante dans la vie quotidienne, malgré un traitement médicamenteux (y compris OLD et/ou VNI) optimal, la RR permet une amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort, de la qualité de vie et de l'anxiété/dépression, une réduction des exacerbations, des hospitalisations et des coûts de santé. <sup>1-5</sup> Cette intervention globale, non médicamenteuse, centrée sur la personne (et son entourage), validée par toutes les instances scientifiques (SPLF, ERS, ATS, HAS), devrait faire partie intégrante du parcours de soins des BPCO, <sup>5</sup> et des autres maladies respiratoires chroniques, <sup>1</sup> souvent polyopathologiques, en situation stable ou au décours d'une exacerbation, quel que soit leur lieu de résidence.

Les équipes transdisciplinaires de RR à domicile peuvent prendre en charge la majorité des patients respiratoires chroniques stabilisés.

## En quoi la RR à domicile répond-elle à des besoins ?

> La RR à domicile répond en premier lieu à un choix du patient pour différentes raisons : refus du centre et/ou du groupe, moindre rupture de ses habitudes, « manque de temps » ou en activité professionnelle, famille monoparentale, patient lui-même aidant... Elle permet de lever des barrières à la non-venue ou à l'abandon du stage : absence de centre à proximité et/ou de moyen de transport, précarité, patients sévères... Elle répond aux besoins des prescripteurs qui peuvent orienter les patients vers une solution alternative à la RR en centre, et la prescrire chez des patients immunodéprimés ou porteurs de bactéries multirésistantes. Elle est une des réponses à la crise sanitaire que nous connaissons avec la Covid-19. En effet durant le confinement la quasi-totalité des centres d'hospitalisation de jour ont fermé en raison du risque de diffusion de la pandémie, ainsi que de nombreux centres en hospitalisation complète en raison de la prise en charge des patients Covid, d'où une perte de chance pour tous

les patients respiratoires chroniques. La RR à domicile, avec les gestes barrières et les mesures de protection de l'équipe, peut continuer à fonctionner durant ces périodes qui risquent de se reproduire. Elle répond également aux besoins des décideurs et des payeurs en proposant, à un moindre coût, « le bon soin, au bon endroit, au bon moment » grâce à un meilleur maillage territorial. Enfin la RR à domicile s'inscrit dans la démarche scientifique pour promouvoir et valider des réponses innovantes et adaptées au développement de la RR pour le plus grand nombre.<sup>6-8</sup>

### Quelles sont les preuves d'efficacité de la RR à domicile ?

> De nombreuses études, contrôlées randomisées ou observationnelles, ont validé la RR à domicile, en termes de faisabilité, de sécurité et d'efficacité, à court et long terme.<sup>9-14</sup> Dans les Hauts-de-France, l'équipe mobile de FormAction Santé, a pris en charge plus de 2 000 patients non sélectionnés en RR à domicile « dans la vraie vie », et a retrouvé une amélioration des paramètres étudiés à court et long terme (1 an) chez les patients BPCO,<sup>15</sup> majoritairement sous OLD et/ou VNI,<sup>16</sup> quel que soit le niveau socio-économique,<sup>17</sup> le profil comportemental,<sup>18</sup> le genre ou l'âge (à paraître), de même que pour des patients avec PID fibrosantes,<sup>19</sup> asthme sévère,<sup>20</sup> ou cancer thoracique.<sup>21</sup> Nous pensons que la RR à domicile, en accompagnant les patients (et les aidants) sur leur lieu de vie, et en intégrant d'emblée les changements de comportement de santé dans leur vie quotidienne aide au maintien des résultats à long terme.

### Quel est l'état actuel du parcours patient pour la RR en France ?

> Aujourd'hui en France, 3 % des lits de SSR et 2 % des places, financés par l'assurance maladie, sont identifiés SSR Respiratoires, et seuls 10 % des BPCO en bénéficient, beaucoup moins dans les autres maladies respiratoires chroniques. Le PRADO BPCO, proposé et financé par l'assurance maladie depuis 2015, vise à renforcer la prise en charge et le suivi du patient à domicile dès sa sortie d'hospitalisation, dans l'objectif d'éviter les réhospitalisations coûteuses. À notre connaissance, une seule étude a publié des résultats négatifs en termes de réhospitalisations à 30 et 90 jours, et de décès à 3 mois.<sup>22</sup> Quant à la RR à domicile, il n'y a pas de prise en charge financière pérenne, expliquant l'absence de développement de ce type de RR pourtant validé sur le plan scientifique. La télé consultation a été financée durant le confinement pour les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmières, opportunité saisie par des membres des équipes de RR. L'évaluation de la faisabilité et des résultats est en cours par la DGOS. C'est un premier pas vers le développement d'une véritable téléRR par une équipe transdisciplinaire, avec un programme défini, évalué et coordonné.<sup>23</sup>

### Après une exacerbation aiguë de BPCO, quelle est la place de la RR et de la RR à domicile ?

> La RR après exacerbation aiguë de BPCO (EABPCO) permet une amélioration de la tolérance à l'effort et de la qualité de vie, avec des résultats contradictoires sur les réhospitalisations et les décès.<sup>24</sup> Une récente étude rétrospective<sup>25</sup> montre une diminution du nombre de décès à 1 an dans la population de BPCO si la RR est réalisée dans les 3 mois suivant l'hospitalisation. La RR à domicile après EABPCO est faisable, permet une amélioration de la distance au TM6 et de la qualité de vie.<sup>26</sup> La téléRR permet une diminution des réhospitalisations à 1 mois quelle qu'en soit la cause.<sup>27</sup> D'après la HAS, « cette RR dite précoce sera réalisée dans un délai variable selon les recommandations : entre 2 à 4 semaines après la sortie (recommandations internationales) ou dans les 4 semaines qui suivent l'admission. Elle n'est pas différente, en termes de contenu et de modalités de la RR à l'état stable et sera adaptée aux besoins du patient et individualisée ». <sup>27</sup> Peu de patients en bénéficient, il faut relever également ce challenge.<sup>7</sup> Ces patients après EABPCO, stabilisés sur le plan respiratoire et des comorbidités notamment cardiovasculaires, peuvent être pris en charge à domicile dans les 2 à 4 semaines.

### Quelles sont les propositions du Collège national professionnel de pneumologie à la DGOS ?

> Le CNP de pneumologie a participé aux réunions avec la DGOS pour écrire les nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de Soins de Réadaptation (SR), à partir des décrets de 2008. Entre autres, le CNP de pneumologie a insisté pour le développement de structures adaptées à la situation clinique des patients, telles que les SRPR (Soins de Réadaptation Post-Réanimation), SR au décours immédiat d'exacerbation pour des patients non encore stabilisés en hospitalisation à temps complet, SR de recours pour des patients nécessitant une expertise particulière, SR pour les patients respiratoires chroniques (et comorbidités) stabilisés en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et à domicile. La DGOS a pris conscience de l'intérêt de la RR à domicile qui sera intégrée dans les décrets. Le mode de fonctionnement et le financement vont nécessiter encore quelques réunions et des arbitrages. La téléRR a été évoquée et proposée en association avec des séances en présentiel.

### En conclusion, votre message « à domicile » (Take Home Message)

> La RR à domicile est une des réponses innovantes aux besoins des patients, des prescripteurs, des décideurs et des payeurs. S'il en était besoin, la pandémie de Covid-19 que nous vivons, apporte des arguments supplémentaires à son

développement pour le plus grand nombre, sur l'ensemble du territoire. Le CNP de pneumologie continuera à remplir son rôle d'expertise scientifique et de propositions pragmatiques auprès de la DGOS, épaulé par le groupe de travail de la SPLF, pour une reconnaissance concrète et « rapide »

de la RR à domicile, où l'ensemble des activités, réentraînent à l'effort et reprise des activités physiques adaptées, ETP et accompagnement psycho social et motivationnel, est proposé au patient et aux aidants par une équipe transdisciplinaire spécialisée. ■

## Références

1. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 15 oct 2013; 188(8): e13-64.
2. McCarthy B, Casey D, Devane D, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 23 févr 2015; (2): CD003793.
3. Lacasse Y, Cates CJ, McCarthy B, et al. This Cochrane Review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (11): ED000107.
4. The French-speaking Society of pneumology recommendations on the management of COPD. *Rev Mal Respir* juin 2010; 27 Suppl 1: S1-76, I-XXXI.
5. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Available from: [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2020.
6. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement : Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 1 déc 2015; 192(11):1373-86.
7. Rochester CL, Singh SJ. Increasing pulmonary rehabilitation uptake following hospitalization for COPD exacerbation. Let's rise to the challenge. *Am J Respir Crit Care Med* 2020 Jun 15; 201(12): 1464-6.
8. Nici L, Singh SJ, Holland AE, et al. Opportunities and challenges in expanding pulmonary rehabilitation into the home and community. *Am J Respir Crit Care Med* 1 oct 2019; 200(7): 822-7.
9. McGavin CR, Gupta SP, Lloyd EL, et al. Physical rehabilitation for the chronic bronchitic: results of a controlled trial of exercises in the home. *Thorax* juin 1977; 32(3): 307-11.
10. Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S, et al. Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 16 déc 2008; 149(12): 869-78.
11. Liu X-L, Tan J-Y, Wang T, et al. Effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses* févr 2014; 39(1): 36-59.
12. Holland AE, Mahal A, Hill CJ, et al. Benefits and costs of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease – a multi-centre randomised controlled equivalence trial. *BMC Pulm Med* 2013; 13: 57.
13. Kovelis D, Gomes ARS, Mazzarin C, et al. Effectiveness and safety of supervised home-based physical training in patients with COPD on long-term home oxygen therapy: a randomized trial. *Chest* sept 2020; 158(3): 965-72.
14. Burge AT, Holland AE, McDonald CF, et al. Home-based pulmonary rehabilitation for COPD using minimal resources: an economic analysis. *Respir Carlton Vic* févr 2020; 25(2): 183-90.
15. Grosbois JM, Gicquello A, Langlois C, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015; 10: 2037-44.
16. Coquart JB, Le Rouzic O, Racil G, et al. Real-life feasibility and effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease requiring medical equipment. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 3549-56.
17. Grosbois JM, Heluin-Robiquet J, Machuron F, et al. Influence of socioeconomic deprivation on short- and long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019; 14: 2441-9.
18. Grosbois JM, Charlet Deffontaines L, Caron A, et al. Influence of DISC behavioral profile on the short- and long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med Res* 23 janv 2020; 77: 24-30.
19. Wallaert B, Duthoit L, Drumez E, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with fibrotic idiopathic interstitial pneumonias. *ERJ Open Res* avr 2019; 5(2).
20. Grosbois JM, Coquart J, Fry S, et al. Long-term effect of home-based pulmonary rehabilitation in severe asthma. *Respir Med* 2019; 157: 36-41.
21. Olivier C, Grosbois JM, Cortot AB, et al. Real-life feasibility of home-based pulmonary rehabilitation in chemotherapy-treated patients with thoracic cancers: a pilot study. *BMC Cancer* 13 2018; 18(1): 178.
22. Cousse S, Gillibert A, Salaün M, et al. Efficacy of a home discharge care bundle after acute exacerbation of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019; 14: 289-96.
23. Hansen H, Bieler T, Beyer N, et al. Supervised pulmonary tele-rehabilitation versus pulmonary rehabilitation in severe COPD: a randomised multicentre trial. *Thorax* 2020 May; 75(5): 413-21.
24. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 08 2016; 12: CD005305.
25. Lindenauer PK, Stefan MS, Pekow PS, et al. Association between initiation of pulmonary rehabilitation after hospitalization for COPD and 1-year survival among medicare beneficiaries. *JAMA* 12 mai 2020; 323(18): 1813-23.
26. Wageck B, Cox NS, Bondarenko J, et al. Early home-based pulmonary rehabilitation following acute exacerbation of COPD: A feasibility study using an action research approach. *Chron Respir Dis* déc 2020; 17: 1479973120949207.
27. Bhatt SP, Patel SB, Anderson EM, et al. Video telehealth pulmonary rehabilitation intervention in chronic obstructive pulmonary disease reduces 30-day readmissions. *Am J Respir Crit Care Med* 15 2019; 200(4): 511-3.
28. Les complications de la BPCO: une hospitalisation au cas par cas. Available from: [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2020.

NOUVEAU

## Motiver les patients BPCO à marcher l'application ACTIV-BPCO® est disponible

Sous l'égide du groupe BPCO de la SPLF l'application Activ-BPCO® est aujourd'hui disponible sur les stores. Conçue spécifiquement pour les patients au terme d'une enquête en vie réelle\* Activ-BPCO® est destinée à être conseillée aux patients BPCO équipés d'un smartphone. Sa réalisation a bénéficié du soutien institutionnel du laboratoire Boehringer Ingelheim France et d'ASDIA.



\* Khau J, Postel-Vinay N. Évaluation de la perception des traceurs d'activité en tant qu'outil de motivation à l'activité physique chez les patients BPCO. *Rev Mal Respir actual*/janvier 2020; 12 (1): 40.